Versuch radicaler Heilung

bei

Retroflexio Uteri.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des

Herrn Generalstabsarztes

Professor Dr. J. N. Ritter von Nussbaum

der hohen k. medicinischen Facultät zu München

vorgelegt

von

Martin Bittner
approb. Arzt aus Dingolfing,
z. Z. einjähr. freiw. Arzt.

München 1880.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Versuch radicaler Heilung

bei

Retroflexio Uteri.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

des

Herrn Generalstabsarztes

Professor Dr. J. N. Ritter von Nussbaum

der hohen k. medicinischen Facultät zu München

vorgelegt

von

Martin Bittner

approb. Arzt aus Dingolfing,

z. Z. einjähr. freiw. Arzt.

München 1880.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Seinem hochverehrten Lehrer

HERRN

PROF. D^R. J. N. RITTER VON NUSSBAUM

in tiefster Verehrung

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554609_0119

Noch heute bestehen differente Ansichten darüber, ob die partiellen und totalen Lageveränderungen der Gebärmutter, die sogenannten Flexionen und Versionen derselben, an sich Beschwerden verursachen und somit Indicationen für die Therapie geben.

Was zunächst die Anteflexionen und Anteversionen anlangt, so möchte nicht unerwähnt bleiben, dass die bei entleerter Blase normale anteflectirte und antevertirte Lage und Gestalt des Uterus nicht gar selten als pathologisch diagnosticirt und sehr oft auch als solche behandelt wird.

Die Retroflexion und Retroversion der Gebärmutter hingegen entspricht keinem zu irgend welcher Zeit normaler Weise bestehenden Verhalten, und ihr gegenüber kommt in klinischer Beziehung an erster Stelle die Frage, ob diese Anomalie, ohne die Gesundheit zu schädigen, fortbestehen darf, oder ob von ihr als solcher Indicationen mit Nothwendigkeit abzuleiten sind.

Im Kindesalter und nach Ablauf der geschlechtsreifen Zeit kann Retroflexion und Retroversion der Gebärmutter ohne Zweifel dauernd bestehen, ohne irgend welche Störung der Gesundheit, auch nur des subjectiven Befindens, zu verursachen. Es geht zur Genüge hervor, nicht allein aus Sectionsbefunden und deren Vergleichung mit dem vorausgegangenen Befinden der Betreffenden, sondern auch aus der Untersuchung der Lebenden, welche, wenn irgend eines anderen Leidens unternommen, zufällig eine Retroflexion oder Retro-

version der Gebärmutter ergiebt, dass der nicht vergrösserte, nicht normal fixirte, weder pathologischen noch physiologischen Congestionen unterworfene Uterus ohne die Gesundheit zu stören, retroflectirt oder retrovertirt liegen kann. Sobald aber die menstruellen Congestionen zur Gebärmutter sich einstellen, wird in der Mehrzal der Fälle sehr bald die Retroflexion oder Retroversion zunächst zur Zeit der Menstruation zu Beschwerden, dann zu ernsten Gesundheitsstörungen Veranlassung geben. In der Ehe wird stets Erschwerung der Conception, und wenn trotzdem Schwangerschaft eintritt, mannigfache Complication derselben die Gesundheit der Frau erheblich beeinträchtigen.

Die ungemein grosse Fülle und Mannigfaltigkeit der Krankheitserscheinungen, welche die Retroflexion und Retroversion begleiten, setzt sich zusammen, teils aus rein functionellen Störungen des Uterus selbst, teils aus sekundären Erkrankungen der Nachbarorgane, teils — und diess ist gerade der umfangreichste und am schwierigsten zu erklärende Symptomencomplex — aus einer Reihe direkt durch die Deviation bedingter schwerer Nervenerscheinungen.

Sehr oft bleibt eine Retroflexion oder Retroversion latent, und werden die durch sie hervorgerufenen Störungen des Allgemeinbefindens, speziell Magenbeschwerden, Migräne, Rückenschmerzen, mehr in dem Glauben behandelt, dass sie von dem betreffenden Organe primär ausgehende seien, während doch der Sitz in den Genitalien zu suchen ist.

Die Retrodeviationen des Uterus bilden ein sehr häufiges Vorkommniss post partum, während sie bei Jungfrauen und Nulliparen nur selten vorkommen (Schröder).

Pathologisch-anatomisch bestehen die Retroflexionen in einer Verlängerung der Douglas'schen Falten (Erschlaffung der M. M. retractores uteri).

Was die Aetiologie derselben betrifft, so wäre in erster Linie zu erwähnen, dass sie angeboren vorkommen

können, obwol einige Gynäkologen diese Tatsache negiren. (**Klebs, Schröder, Hildebrandt**).

Im Allgemeinen lässt sich behaupten, dass die Retrodeviationen mit Ausnahme der puerperalen, teils im Organismus bedingt sind, teils als örtliche Störungen auftreten; endlich gehören auch noch äussere Insulte hieher.

So findet man die Retroflexionen öfters bei anämischen Personen und intacter anatomischer Structur und erklärt sie mit Hildebrandt aus dem mangelhaften Tonus der Gefässe auf der Rückseite des Uterus und des M. retractor uteri. Die im Gefolge der Anämie häufige Trägheit der Verdauung und habituelle Obstruction begünstigen diese Art der Entstehung.

Weit häufiger aber liegen Erkrankungen des Uterus selbst und seiner Nachbarorgane zu Grunde. Entweder bestehen chronische Catarrhe der Genitalien, die sich bis zur Höhle der Gebärmutter ausdehnen, oder es entsteht im Parametrium ein entzündlicher exsudativer Prozess, welcher nach Aufsaugung des Exsudats narbige Stränge zurücklässt, durch welche der Grund des Organs nach hinten mehr oder weniger immobilisirt wird.

Nicht ganz selten liegen auch Neubildungen des Uterus der Retrodeviation zu Grunde (Myome, fibröse Polypen, Fibroïde). Einen derartigen Fall hat **Grenser** beschrieben.

Spontan entsteht die Rückwärtslagerung bei Insulten, z. B. durch Fall, namentlich während der Menses.

Zu den durch äussere Insulte veranlassten Retroflexionen gehören auch diejenigen, welche als Folge der Masturbation aufzufassen sind. Es entwickeln sich nämlich durch die häufigen Insulte, welche die Portio vaginalis von der Einwirkung des Missbrauchs der Genitalien zu erfahren hat, an denselben schleichende Entzündungszustände, die zur Anschwellung und Hypersecretion der Schleimhaut ihres Canales führen. Es treten Erschlaffungszustände ein, bei denen der

Uterus anfangs seine Gestalt noch wechselt, schliesslich aber gewöhnlich nach rückwärts hinabsinkt und zu spitzwinkeliger Retroflexion zusammenknickt. — Kennt man somit ausführlich die Aetiologie der Reflexionen und ist man vertraut mit den Folgen, welche die Knickung des Gewebes an sich und welche die intercurrenten Entzündungen des Uterus und die seiner Umgebung hervorrufen, so wird es auch keine Unmöglichkeit sein, eine gegen dieses Leiden geeignete, rationelle Therapie einzuleiten. Vollständige Restitutio ad integrum wird zwar kaum in der Hälfte der Fälle erreicht werden können, jedoch ist man im Stande, sehr viel zu bessern, ja oft eine annähernde radicale Heilung der Retroflexio uteri herbeizuführen.

Möge es mir gestattet sein, nach dieser Seite hin einen Fall aus der chirurgischen Klinik meines hochverehrten Lehrers des Herrn Professors Dr. Ritter von Nussbaum eingehender zu beschreiben.

Therese Oberschmid, 47 Jahre alt, Köchin aus München, hatte sich Ende Juli 1878 aus eigener Unvorsichtigkeit beim Passiren eines Thores an einem der Thorflügel angestossen und war zu Boden gefallen. Der Fall selbst schien Anfangs ohne Bedenken zu sein, und hielt Patientin die nachher auftretenden Schmerzen, welche sich wesentlich auf die regio sacralis und regio lumbalis concentrirten, nur für momentane. Dieselben hielten jedoch längere Zeit hindurch an und zwar in einem sehr intensiven Grade, so dass Patientin genötigt wurde, abwechslungsweise das Bett zu hütten. Gleichzeitig bemerkte sie, dass die Menstrualblutung, welche vorher ganz normal gewesen, nunmehr sehr verstärkt auftrat, und dass in der letzteren Zeit, bevor sie ärztliche Hülfe suchte, auch ausserhalb der menstrualen Zeit in unregelmässigen Zwischenräumen die Menses eintraten. Die seit dem unglücklichen Falle datirenden, anhaltenden Kreuzschmerzen, verbunden mit Störungen des Allgemeinbefindens, steigerten

sich schliesslich der Art, dass Patientin arbeitsunfähig wurde, wesshalb dieselbe in das allgemeine Krankenhaus sich aufnehmen liess. Im städtischen Krankenhause lag Patientin volle acht Wochen, jedoch der Zustand besserte sich keineswegs und wurde genannte Person nach vorausgegangener genauen Untersuchung in die gynäkologische Universitätspoliklinik geschickt. Hier gab dieselbe ausdrücklich und mit exacter Sicherheit an, dass sie erst seit dem oben erwähnten Falle auf den Boden unaufhörliche und unerträgliche Rücken- und Kreuzschmerzen habe, während sie vorher noch niemals derartige Schmerzen empfunden. Die Kranke wurde am 22. Dezember 1878 in die hiesige gynäkologische Poliklinik aufgenommen. Dieselbe war in früheren Jahren oftmals krank gewesen, hatte den Typhus durchgemacht und war von Magenleiden, sowie von rheumatischen Affectionen sehr oft geplagt. Die Person war eine Nullipara und zeigte im Allgemeinen einen mittelkräftigen Körperbau, sowie nervöse Disposition. Sie menstruirte mit 16 Jahren zum ersten Male in ganz normaler Weise. Die Menses haben sich bei ihr ganz regelmässig und ohne pathologische Symptome vorerst eingestellt. Erst in den letzteren Monaten nach geschehenem Falle und vor Eintritt in die Poliklinik begannen die Menses unregelmässig und schmerzhaft zu werden und stellten sich nach denselben wässerig schleimige Ausflüsse ein. Dazu kamen Beschwerden bei der Urinsecretion und Trägheit der Stulentleerungen, welche wol der Ausdruck der Parese der unteren Partien des Rectum waren in Folge des permanenten Druckes von Seite der hinteren Wand des Corpus uteri.

Bei der gynäkologischen Untersuchung war die Uterussonde in der Rückenlage zwar einführbar, aber mit Schwierigkeiten verbunden. Die Uterushöhe betrug 9 Ctm. Rechterseits an der Uteruswand hatte man ein Fibroid vermutet, welches jedoch, wie sich nachträglich herausstellte, nicht vorhanden war.

Die Diagnose wurde auf „Retroflexio Uteri“ (abwechselnd mit Anteflexio) gestellt. Der Uterus selbst war hypertrophisch und indurirt, die Portio vaginalis elongirt, daneben bestand hochgradiger Descensus uteri, verbunden mit chronischer Metritis und Endometritis.

Der Krankheitsfall ist auch noch insoferne interessant, als Patientin in Folge des Zusammenstürzens auf den Boden keine weiteren Läsionen des Körpers, etwa eine Fractur oder Luxation, davon getragen hat, sondern dass einzig und allein eine Deviation der Gebärmutter eingetreten war, was unzweifelhaft als Folgezustand angenommen werden musste, welcher Ansicht auch der Vorstand der gynäkologischen Poliklinik Herr Professor Dr. **Amann** beipflichtete.

In der Poliklinik hatte man den gewöhnlichen therapeutischen Weg der mobilen Uterusflexionen eingeschlagen, nämlich die Reposition des retroflectirten Uterus mittelst der Uterussonde. Es gelang die Lage des Uterus momentan zu corrigiren. Die Senkung der Gebärmutter war lange nicht mehr so hochgradig, die Retroflexion war anscheinend total verschwunden. Die Retention des aufgerichteten Uterus dauerte vom 27. Dezember 1878 bis zum 10. Januar 1879.

Als Patientin zur Controle wieder in die Poliklinik kam, zeigte sich der Uterus wieder stark descendirt, die Retroflexion aber war noch nicht recidivirt. Es wurde mit der Tamponade der Scheide mittelst eines in Alaun und Glycerin getauchten Wattetampons, welchen die Patientin jedesmal 24 Stunden liegen zu lassen hatte, eifrigst fortgefahren und zugleich die Portio vaginalis mit Jodtinctur bepinselt.

Bei der Exploration, wie sie am 24. Januar vorgenommen wurde, zeigte sich der Uterus vollkommen normal stehend, jedoch liess sich am 19. Februar schon wieder die frühere, retroflectirte Lage nachweisen. Auch der Descensus uteri war wie beim Eintritt der Patientin gleich hochgradig. Es

schien also klar, dass an eine dauernde Retention der Gebärmutter nicht zu denken war.

Am 8. März zeigte sich bei der Exploration hochgradige Anteflexion und bedeutende Vergrösserung des Uterus. Nebenbei anscheinend ein subperitoneales Fibroid am fundus, mehr nach hinten und rechts, was jedoch der Induration angehörte. Die Höhe des Uterus betrug bei dieser Untersuchung 9 Centimeter. Die Sonde war ungemein schwer einzuführen.

Nach Verlauf mehrerer Wochen, während welcher die Tamponade der Scheide nach jeder Untersuchung eifrigst fortgesetzt wurde, beschränkte man sich auf eine blosse Exploration und hatte von der Einführung der Uterussonde Umgang genommen. Erst am 30. Juni wurde neben der Exploration wieder die Einführung der Sonde versucht. Dieselbe war sehr schmerzhaft und schwierig und das Instrument konnte nur mit Anstrengung bis zur Schwellung gebracht werden.

Es wurden nunmehr keine Repositionsversuche gemacht, da an eine perpetuelle Retention des deviirten Uterus auf dem bisher eingeschlagenen therapeutischen Wege nicht zu denken war, trotz der lange Zeit fortgesetzten, gynäkologischen Behandlung. Patientin wurde desshalb am 20. Juni 1879 aus der gynäkologischen Poliklinik in die chirurgische Klinik des Herrn Professors Dr. **von Nussbaum** zur weiteren Untersuchung verwiesen.

Nicht unerwähnt möchte bleiben, dass viele Gynäkologen statt der Aufrichtung des deviirten Uterus mittelst der Sonde die bimanuelle Palpation empfehlen, und versichern ebendieselben, dass bei Anwendung dieser Methode nicht nur therapeutisch, sondern auch bezüglich der Feststellung der Diagnose einer Retroflexion oder Retroversion niemals ein diagnostischer Irrtum vorkommen kann, wie es bei der Unter-

suchung mit der Sonde so oft zu geschehen pflegt. Die bimanuelle Untersuchung vermöge dem Gynäkologen von der Lage und Gestalt der Gebärmutter ein weit vollständigeres Bild zu geben als die Sonde.

Die Aufrichtung des Uterus mittelst der von der Vagina und den Bauchdecken aus gegen einander tastenden Finger war aber im vorliegenden Falle ebenso zwecklos wie die Repositionsversuche mit der Sonde. Die Schmerzen der Patientin steigerten sich in einem enormen Grade, so dass dieselbe voraussichtlich noch für längere Zeit arbeitsunfähig und an das Krankenbett gebannt gewesen wäre, wesshalb die Indikation zu einem raschen Eingriff drängte, gleichviel auf welchem Wege.

Man möchte nun vielleicht die sehr nahe liegende Frage aufwerfen, ob nicht durch Anwendung medicamentöser oder Liegenlassen mechanischer Mittel, der sogenannten Pessarien, eine Correction des retrodeviirten Uterus für die Dauer möglich gewesen wäre. Es ist bekannt, dass bei einer längere Zeit bestehenden Rückwärtslagerung der Gebärmutter stets eine anomale Erschlaffung der in den Douglas'schen Peritoneal-Duplicaturen und der in den Ligamenta rotunda gelegenen Muskulatur vorhanden ist. Ohne eine Verlängerung der genannten Muskeln ist das Bestehen einer Retrodeviation der Gebärmutter nicht möglich. Eine dauernde Action der genannten Muskeln würde, wie unzweifelhaft zugegeben werden muss, der Reposition der Gebärmutter Bestand verleihen. Die Muskeln der Ligamenta rotunda und Douglasii contrahiren sich meist gleichzeitig und auf die gleichen Reize mit dem Uterusmuskel selbst. Es handelte sich demnach bei allen Retrodeviationen des Uterus darum, eine dauernde Contraction der genannten Muskeln anzuregen, um die rückwärts gelagerte Gebärmutter in ihre normale Stellung, d. i. in Anteversion zu bringen.

Im Allgemeinen muss erwähnt werden, dass die Darreichung und Anwendung medicamentöser Mittel, gleichviel in welcher Form, zu diesem Zwecke, zumal bei länger bestehenden Retroflexio uteri, sehr geringe Resultate aufzuweisen hat, wesshalb diese Methode heutzutage in den gynäkologischen Polikliniken so ziemlich aufgegeben worden ist. Die Uteruscontractionen, die man durch Darreichung z. B. von Secale cornutum per os am nicht schwangeren und nicht puerperalen Uterus zu erreichen im Stande ist, mögen kaum nachweisbar sein. **Schultze** hat in einer Reihe von Fällen bei Retrodeviationen der Gebärmutter das Extractum Secalis cornuti der Pharmacopoea Germanica subcutan in der Gegend des vorderen Leistenringes injicirt. Die dadurch erregte Spannung der Ligamenta rotunda hat in seltenen Fällen 24 Stunden, in noch selteneren länger angehalten, und schon alle 24 Stunden eine solche subcutane Injection zu wiederholen, ist für die Patientin lästig.

Langsamer auftretende, aber anhaltendere Wirkung für die Retention des vorher retroflectirten oder retrovertirten Uterus sah **Schultze** von der consequenten, täglich mehrmals wiederholten Anwendung kalter Klystiere, die angeordnet wurden in der Absicht, die in den Douglas'schen Falten verlaufenden Retractores uteri durch Einwirkung der Kälte zur Action zu bringen. Jedoch verwendete derselbe Autor, um eine dauernde Retention des also möglicherweise reponirten Uterus zu erhalten, auch noch mechanische Mittel (reponirende Pessarien.)

Es ist aus dem Erörterten ersichtlich, dass bei der Patientin im vorliegenden Falle, wo man es mit einer veralteten, durch äusseren Insult veranlassten Retroflexio uteri zu tun hatte, intrauterine Injectionen nicht einmal eine vorübergehende antevertirte Stellung der Gebärmutter erzielt haben würden.

Eine weitere Frage wäre alsdann, ob nicht etwa durch lang andauernde Einführung mechanischer Mittel, sogenannter

Pessarien, der reponirte Uterus in seiner Lage hätte erhalten werden können.

Betreffs dieser zweiten Frage ist kurz hervorzuheben, dass über die Zweckmässigkeit oder Unzweckmässigkeit der intrauterinen Elevatoren oder Intrauterinpessarien bei den Gynäkologen schon von jeher sehr differente Ansichten bestanden haben. Schultze und Klebs sind der Meinung, dass man, allerdings in sehr seltenen Fällen, einzig und allein nur durch Anwendung von Pessarien das Resultat erlangen könne, dass die Gebärmutter ihre normale Gestalt und Lage beibehält. Dagegen ist bekannt, dass mit den intrauterinen Elevatoren sehr viel Unheil angerichtet wurde, dass trotz ihrer lang dauernden Application mancher Uterus seine anomale Lage ungestört beibehält, und dass in noch anderen Fällen zwär die Reposition der Gebärmutter, solange das Instrument liegt, besteht, aber die durch die Reizung der Innenfläche des Uterus gesetzten Nachteile die Vorteile der Reposition weit überwiegen. Die eifrigsten Verteidiger der intrauterinen »Orthopädie« geben an, dass entzündliche Complicationen der Lageveränderung, gleichzeitig bestehende Metritis, Parametritis, Oophoritis, die Application der intrauterinen Pessarien verbieten. Nun indiziren aber gerade diejenigen Fälle, in denen keinerlei entzündliche Complicationen die Lageveränderung begleiten, die Reposition des Uterus am wenigsten dringend; dagegen, wenn neben der Lageveränderung, zum Teil durch sie bedingt, oder doch unterhalten, entzündliche Complicationen bestehen, ist es am meisten wünschenswert, dass der Uterus reponirt und in Reposition erhalten werde.

„Also wo intrauterine Pessarien am besten zulässig sind, sind sie am wenigsten dringend indicirt, und wo mechanische Reposition des Uterus und Retention desselben am dringendsten indicirt ist, da sind die Elevatoren nach dem eigenen Urteil ihrer Verehrer selten zulässig.“

Hieraus ist auch erklärlich, dass neben den Intrauterinpessarien die anfangs verworfenen Vaginalpessarien ihren Platz behaupteten, obwol das Eindringen eines fremden Körpers in die Vagina oder in den Uterus immer als ein Insult zu betrachten ist.

Bei der hierorts besprochenen Patientin hat man sowol von Intrauterinpessarien, als auch von den Vaginalpessarien lange Zeit hindurch den ausgedehntesten Gebrauch gemacht, leider aber ohne jeglichen Erfolg. Die hierbei verwendeten Instrumente waren die von Professor Dr. **Amann** angegebenen Pessarien, welche sich in den gynäkologischen Polikliniken, sowie überhaupt in der gynäkologischen Praxis einer weitausgedehnten Benützung zu rühmen haben.

Vielorts werden auch die sogenannten Hebelpessarien aus Hartgummi, wie sie von Hodge angegeben wurden, applizirt. Dessgleichen die **Siem**'schen biegsamen Ringe, welchen je nach Erforderniss jede beliebige Gestalt gegeben werden kann; ebenso die Mayer'schen Gummiringe.

Im Allgemeinen kann behauptet werden, dass die Indikationen für erfolgreiche Anwendung der Intrauterin- und Vaginalpessarien gegen Retroflexion und Retroversion der Gebärmutter bedeutend ausgedehnt worden sind, da in den meisten Fällen durch deren Application Heilung erfolgte.

Erwähnung verdienen auch noch jene Fälle, in welchen zum Zwecke dauernder Retention des deviirten Uterus Intrauterin- und Vaginalpessarien gebraucht wurden, nämlich dann, wenn ausser der Retroflexion oder Retroversion der Gebärmutter gleichzeitig eine Axendrehung des Uterus vorhanden ist, wobei die früher bestandenen und immer recidivirenden Beschwerden, die hysterischen Anfälle, die Menstruationskoliken, selbst die Menorrhagien dauernd gehoben werden konnten.

Trotzdem bei erwähnter Patientin sowol von medicamentösen Injectionen, als auch von mechanisch wirkenden Intrauterin- und Vaginalpessarien der ausgiebigste und andauerndste

Gebrauch gemacht worden war, gelang es keineswegs, die bestehende Retroflexio uteri zu beseitigen, wesshalb ein rasches Eingreifen auf operativem Wege zur Genüge indicirt war, da einerseits die vergeblich angewendete nicht operative Behandlungsweise resultatlos blieb, andererseits aber die bestehenden sehr intensiven Schmerzen verbunden mit allgemeiner Erschöpfung und absoluter Funktionsunfähigkeit zur Operation drängten.

Bei der inneren Untersuchung vor der Operation fand Prof. Dr. **von Nussbaum** den Uterus stark retroflectirt, die Portio vaginalis elongirt, rund und dünn. Daneben Infarct, besonders starke Hypertrophie rechts, welche als solche ein Fibroïd vortäuschte. Das vordere Scheidengewölbe war frei, das hintere hingegen vom retroflectirten Uterus überlagert. Namentlich war ein sehr empfindlicher Reizzustand der Vaginalportion und eine zeitweise hässliche Secretion an deren Mucosa bemerkbar, und alle Bäder, Injectionen Cauterisationen, welche dagegen benützt worden waren, hatten nur einen ganz vorübergehenden Erfolg. Die Patientin klagte ohne Unterlass über sehr heftige, ununterbrochen fortdauernde Kreuzschmerzen, welche sich hauptsächlich 3 Centimeter oberhalb des Os sacrum am intensivsten zeigten. Daneben bestand grosse Steifigkeit in der Regio lumbalis und sacralis, wodurch der Patientin selbst die Lageveränderung im Bette sehr schmerzhaft war.

Am 26. Januar 1880 wurde die Operation ausgeführt. Die Idee hiebei war, durch Anlegung einer Brandnarbe an der vorderen Uterusseite die rückwärtsgelagerte Gebärmutter durch Zug nach vorwärts zu bringen.

Es wurde zu diesem Zwecke der Uterus an seiner Vaginalportion gespalten, alsdann an der vorderen inneren Wand mit dem Thermocauter stark gebrannt, die hintere Wand jedoch durch eine hölzerne Hohlsonde vor Verbrennung geschützt. Nussbaum hatte diese Art der Operation schon sehr oft mit günstigstem Erfolge gemacht. Auch in

diesem Falle war der Erfolg ein sehr günstiger und ausgezeichneter, leider aber auch nur ein sehr kurz dauernder, der desshalb noch einen energischeren Eingriff indicirte.

Nach der Operation fühlte sich die Patientin vorübergehend unwol. Febrile Erscheinungen traten jedoch nicht auf, dessgleichen fehlte jegliche Nachblutung. Appetit und Schlaf war wegen der Schmerzen in Folge der Operation anfangs gering, nach ein paar Tagen aber hatte sich die Patientin von der Operation erholt und fühlte sich sehr wol und wesentlich erleichert.

Nicht immer folgt der Application der Glühhitze an dem Cervix uteri, gleichviel bei welchem bestehenden pathologischen Vorgange dieselbe Anwendung findet, das Fehlen jeglicher Reaction. Nicht gar selten tritt eine oft nicht unbedeutende Schwellung des Cervix nach der Operation auf, welche sich auch auf die benachbarten Particen erstrecken und so Dysurie und Ischurie hervorzurufen vermag. — Die Abstossung des Brandschorfes erfolgte ziemlich rasch nach geschehener Operation und dauerte die vollständige Vernarbung der Wunde ungefähr 10—12 Tage. Sie war zuerst von etwas Blutabgang, Abgang von seröser, fleischwasserähnlichen Flüssigkeit mit schwarzen Schorfpartikelchen begleitet, welche durch sorgfältiges Ausspritzen mit 5%ger Carbolsäurelösung entfernt wurden.

Im Allgemeinen hat man nachteilige Folgen bei Anwendung der Glühhitze am Uterus sehr selten beobachtet, insbesondere sind stärkere Reiz- und Entzündungserscheinungen Ausnahmen. Als spätere Folgezustände jedoch sind Stenosen und selbst Atresien des Orificium externum und Cervix uteri beschrieben.

Die Anwendung des Ferrum candens oder Thermocauters zur Correction des deviirten Uterus hat in der gynäkologischen Literatur keineswegs jene weit ausgedehnte Frequenz, wie die Application desselben bei papillären Ge-

schwüren, papillären Excrescenzen am Orificium externum, ferner bei Carcinomen und bei Excision sarcomatöser und carcinomatöser Geschwülste, Fälle, bei welchen eben die Indication eine weit ausgedehntere ist.

Freund hatte als operatives Verfahren bei Retroflexio uteri eine Methode angegeben, welche, wenn sie auch nicht radikal ist, dennoch mit grösstem Erfolge oft von sehr langer Dauer angewendet wurde, nämlich Einheilung eines Bleidrahtes in die vordere Muttermundslippe und Befestigung desselben an einem Hodge'schen Pessarium. Jedoch hätte gewiss eine derartige Behandlungsweise ebensowenig als diess durch Anlegung einer Brandnarbe ermöglicht worden war, dauernden Erfolg zu sichern vermocht.

Die eben besprochene Patientin befand sich nun ein Paar Wochen vollkommen zufrieden und schmerzfrei.

Da aber dann die früheren Schmerzen im Plexus sacralis und lumbalis bei der Patientin im gleichen Grade, wenn auch erst mehrere Wochen nach Ausführung der eben besprochenen Operation sich wieder einstellten und eine sehr rasche Sistirung derselben, sowie der schon sehr lange dauernden Funktionsunfähigkeit geschehen musste, so entschloss sich Prof. Nussbaum die Portio vaginalis ganz zu amputiren, um dadurch möglicherweise eine radikale Heilung der Retroflexio uteri zu erzielen.

Man hat im Ganzen 3 Wege zur Abtragung der Portio vaginalis angegeben: Glühschlinge, Ecraseur oder Constricteur, Messer mit Scheere.

Prof. Nussbaum wählte die blutige Abtragung mit Messer und Scheere, welche Operationsmethode im Jahre 1866 von **Marion Sims** angegeben worden war. Zu diesem Zwecke wurde die Patientin in Rückenlage gebracht, chloroformirt und der Urin mittelst Katheters entleert, alsdann die inneren Genitalien durch Einspritzen von 5% per Carbolsäuresolution gereinigt und für die Operation vorbereitet.

Hierauf fasste der Operateur die Portio vaginalis mit einer langen Muzeux'schen Zange von der Seite her und zog dieselbe hervor, während ein Assistent mit der einen Hand dieselbe fixirte, damit der Stumpf nach der Amputation nicht nach oben zurückschlüpfen konnte, mit der anderen Hand aber die Labien auseinander hielt. Alsdann wurde der Scheidenteil möglichst hoch oben von dem tiefsten Punkt nach aufwärts, um nicht durch das überfliessende Blut in der Uebersicht des Operationsfeldes behindert zu sein, durchgeschnitten. Die kleinen Arterien, welche nach der Circumcision zu bluten begannen, wurden provisorisch durch einen carbolisirten Schwamm comprimirt. Hierauf vereinigte **Nussbaum** nach vorne und hinten Vaginalmucosa mit der Cervixmucosa, während nur nach den Seitenteilen Vaginalgewölbe mit Vaginalgewölbe vereinigt wurde, wodurch zugleich alle blutenden Gefässe comprimirt und die Ausbildung eines Blutsackes hinter den Suturen vermieden blieb.

Nach Vollendung der Operation reinigte man durch Ausspritzen mit 5%iger Carbolsäurelösung nochmals das Operationsfeld und führte prophylactisch einen Borlint-Tampon zur festeren Comprimirung der Gefässe ein.

Die Operation verlief äusserst günstig. Der Tampon wurde nach 24 Stunden wieder entfernt. Nachblutungen traten nicht ein. Die Temperatur blieb normal, das Befinden der Patientin war ein ausgezeichnetes und überraschend befriedigendes. Schlaf und Appetit, sowie Urinsekretion und Stuhl waren ungestört. Die Kreuzschmerzen liessen vom zweiten Tag der Operation an total nach, der Heilungsprocess der Wunde war ein sehr rascher und trefflicher, so dass Patientin schon nach mehreren Wochen das Bett verlassen und leichtere Beschäftigung wieder aufnehmen konnte. Die mit dem herrlichsten Erfolge gekrönte Operation beseitigte die so lange bestandene Retroflexio Uteri vollständig und wurde die vorher retrodevirte Gebärmutter in der normalen Lage retinirt. Die Patientin ver-

liess vollkommen schmerzfrei, wenn auch etwas ermattet und entkräftet in Folge des durch die lange Krankheitsdauer tief gestörten Allgemeinbefindens, das städtische Krankenhaus, um nach und nach die gewohnte Beschäftigung wieder aufzunehmen.

Von den accidentellen Erscheinungen, wie sie sehr häufig bei Abtragung des Scheidenteils einzutreten pflegen, war im vorliegenden Falle nicht im Mindesten die Rede.

Vor Allem meine ich die Blutungen während der Operation, welche bei Amputation der Portio vaginalis, gleichviel bei welcher Indication dieselbe unternommen würde, sehr stark sein können, so dass sie, wenn auch in seltenen Fällen, selbst durch Anwendung von Liquor ferri sesquichlorati oder Thermocauters nicht zum Aufhören zu bringen sind.

Alsdann können auch sehr bedenkliche Nachblutungen sich einstellen, oft noch am 5. oder 6. Tage, ferner könnte Luft und Blut in die Abdominalhöhle kommen und dadurch der Tod durch Shock eintreten. Dieses unglückliche Ereigniss sah man nicht selten bei der Knieellenbogenlage oder Knieschulterlage der Patientin eintreten, wobei der Uterus gegen die Bauchhöhle gezogen wurde. (**Spiegelberg**).

Ferner berichtet **Schultze** auch von Todesfällen nach Abtragung der Portio vaginalis in Folge von Septikämie.

Die Verletzung des Bauchfells bei genannter Operation und die dadurch herbeigeführte Pelviperitonitis wird sehr häufig wesentlich durch das Herabziehen des Uterus bewirkt, wesshalb für alle Fälle Vermeidung jedes gewaltsamen Herunterziehens des Uterus die erste Bedingung für ein gutes Resultat ist. Daher kann auch von einer blutigen Operation an der Portio vaginalis in jenen Fällen nicht die Rede sein, wo der Cervix nicht schon in oder vor der Vulva liegt oder ohne Gefahr nicht heruntergezogen werden kann. Man hat desshalb in derartigen Fällen, in welchen also die blutige Abtragung mit Messer und Scheere nicht zulässig erscheint, den Ecraseur

oder die Glühschlinge in Vorschlag gebracht. Nun ist aber gerade der Ecraseur ein sehr gefährliches Instrument, da durch denselben die meisten Verletzungen der Nachbarorgane vorgekommen sind, vorzüglich durch das gewaltsame Hinabziehen des Uterus. In Anbetracht dessen wurde der galvanokaustischen Glühschlinge sehr stark das Wort gesprochen. Sie ist im Vergleich zum Ecraseur sehr gefahrlos, obwol der Eiterungsprocess und die Heilungsdauer länger währt als bei ersterem.

Es lässt sich daher die Behauptung aufstellen, dass man, soll die Abtragung des Scheidenteils wirklich eine im Allgemeinen ungefährliche Operation sein, nur die Methode der Abtragung mit Messer und Scheere wählen darf, oder die durch die Glühschlinge. Die blutige Operation der Portio vaginalis kann jedoch, wie schon oben erwähnt, nur in jenen Fällen ohne grossen Blutverlust ausgeführt werden, wo man das Collum tief genug herabziehen kann, während hingegen die Glühschlinge für alle Fälle passt.

Die Amputation der Portio vaginalis als Lageverbesserungsact bei Deviationen des Uterus, wie im vorliegenden Falle, ist im Allgemeinen nicht besonders oft ausgeführt worden. Spiegelberg berichtet in dieser Beziehung die meisten Fälle, jedoch verwendete derselbe zur Abtragung meistenteils die Glühschlinge.

Dagegen hat die Abtragung des Scheidenteils bei anderweitigen Indicationen vielfache Anwendung gefunden. So vor Allem bei Carcinomen an der Portio vaginalis, obwol bei dieser Indication an eine Radicalheilung nicht zu denken ist, da das krebsige Infiltrat gewönlich schon weiterhinauf in das Collum verschleppt ist.

Beim Prolaps der Scheide oder der Gebärmutter ist die Amputation nur selten durch primäre Elongation des Scheidenteils indicirt und nur selten für die Dauer von Erfolg.

Sehr häufig wurde die blutige Amputation der Portio

vaginalis angewendet bei einfacher Elongation der Portio, sei sie eine gleichmässige (rüsselförmige) oder eine einseitige (polypoïde), oder, was der häufigste Fall ist, conoïd gestaltet (**Sims, Barnes**).

Die meisten Erfolge aber wurden erzielt bei der Hyperplasie des Collum ohne vorwiegende Elongation, mit oder ohne Katarrh und dessen Folgezuständen, (Erosionen, Ulcerationen, folliculäre und papilläre Wucherungen), wie sie entweder als Subinvolutionszustand aus dem Wochenbette zurückbleibt oder, wie im vorliegenden Falle, ohne alle Verbindung mit dem Puerperium als Begleiterscheinung einer Retroflexion, als Folge chronischer Hyperämie, als entzündliche Induration sich zeigt und bisweilen eine diffuse fibroide Entartung des Collum darstellt. In der Regel hat alsdann derselbe Process das ganze Organ ergriffen (chronische Metritis, Uterus-Infarkt); bisweilen aber ist er auf den Hals allein beschränkt. In nicht wenigen Fällen, so im vorliegenden, ist die Heilung der abgetragenen Portio vaginalis eine sofortige. Bei gleichzeitiger Erkrankung des Corpus uteri wird auf diese durch die Entfernung der einer fortwährenden Reizung ausgesetzten und eine solche wieder unterhaltenden Portio, höchst wohltätig eingewirkt.

Gerade in derartigen Fällen hatte **Lisfranc**, welcher bei ihnen die Amputation wol zuerst und gewiss am öftesten ausgeführt hat, seine schönsten Erfolge erzielt. — Professor **Nussbaum** hatte bei der Operation der Ueberhäutung und angewendeten Ligatur die Umsäumung jeder einzelnen Lippe vorgezogen, und zwar die Umsäumung der Vaginalmucosa mit der Mucosa des Cervicalkanals. Bei der Patientin wurde 14 Tage vor dem erwarteten Eintritt der Menses, also vor der Mitte des freien Intervalls, operirt, weil sonst die Gefahr nahe gelegen wäre, dass der Eintritt der Regel mit der Zeit, zu welcher möglicher Weise Secundärblutung hätte erfolgen können, zusammengefallen und letztere durch erstere be-

günstigt worden wäre. Es ist zwar ein sehr häufiges Vorkommen bei allen Operationen, namentlich aber bei Operationen am Uterus und an den Ovarien, dass die Monatsregeln, denen man ausweichen will, dennoch am Operationstage oder einen Tag früher oder später eintreten, und kann diess durch die Erregung des Gefässsystems, welche bei Angst vor einer Operation entsteht, genügend erklärt werden. Professor von **Nussbaum** erzählt von Brustamputationen, welche er 14 Tage nach den Menses unternehmen wollte. Plötzlich erschienen am Operationstage die Regeln und dauerten 2 Tage wie gewöhnlich. Solche Beobachtungen hat **v. Nussbaum** viele gemacht. Die Umsäumung der Wundränder hatte einen doppelten Zweck: teils wurde die Blutung dadurch gestillt, teils aber könnte nach der blutigen Abtragung der Portio vaginalis ohne Umsäumung durch narbige Contraction der Orificialränder oder durch Ueberdeckung des Cervikalstumpfes von Seite des Scheidengrundes eine Stenose, ja selbst eine Atresie des Orificium externum erfolgen. Ferner wäre der nackte Amputationsstumpf, die Quelle einer oft profusen Eiterung, ohne Ueberhäutung jedenfalls bis zur Bildung einer Granulationsdecke und Ueberhäutung all' den Gefahren offener Wunden ausgesetzt. Es ist desshalb bei Amputation des Scheidenteiles ein sehr grosses Gewicht auch auf sorgfältige Nachbehandlung zu legen und besteht dieselbe in erster Linie in vollständiger Ruhelagerung der Patientin, wesshalb diese genügend lange Zeit im Bette verbleiben muss. Erscheint Fieber, was immer auf einen septischen Zustand der Wunden zurückzuführen ist, so muss diesem die grösste Sorgfalt gewidmet werden. Ein Paar Tropfen übelriechenden Eiters, welche zwischen den Suturen eingeschlossen sind, kann den Thermometer auf 40,0 und mehr steigern und zu allgemeinem Uebelbefinden Veranlassung geben. Man muss also mittelst eines Speculums dann die Suturen kritisiren und eine oder die andere, wenn selbe gespannt sein sollten, heraus-

nehmen, ferners fleissig ausspritzen mit einer desinficirenden Flüssigkeit, und als ganz besonders nützlich lässt sich ein Tampon empfehlen, welchen man auf die Wunde legt, der etwa aus Borlint besteht, oder aus Bruns'scher Watte, welche in Glycerin getaucht war. Das Glycerin nimmt durch seine vortreffliche Eigenschaft, Wasser an sich zu ziehen, den übelsten Geruch in kürzester Zeit. Geht der üble Geruch von einer mit Eiter imbibirten Seidennaht oder von einem eitrigen Tampon aus, so leistet ein darauf hingelegter Glycerintampon oft Vorzügliches, indem er dem übelriechenden Tampon oder der übelriechenden Seide, welche aus anderen Gründen noch nicht entfernt werden können, ebenfalls das Wasser entzieht, und so die faulige Gährung verhindert.

Alsdann ist es auch eine Hauptaufgabe, den Cervix offen zu erhalten, um die oben bereits erwähnte Complication einer Stenose oder Atresie zu verhüten. —

Wenn auch im Allgemeinen gesagt werden muss, dass operative Eingriffe zum Zwecke einer Lagecorrection des deviirten Uterus nur in ganz exceptionellen Fällen zulässig sind, so möchte doch der glänzende Erfolg, welcher bei richtig erkannter Indication nur durch die Operation, als dem letzten Refugium, wie im vorliegenden Falle, erreicht werden kann, zur allseitigen Nachahmung auffordern, wenn anders die Constitutionsverhältnisse der Patientin einen chirurgischen Eingriff gestatten. —

Zum Schlusse möge es mir nur noch erlaubt sein, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Ritter **von Nussbaum**, den herzlichsten und besten Dank auszudrücken für die bereitwillige Unterstützung, welche mir bei dieser Arbeit von seiner Seite hochgradig zu Teil geworden ist.